

L'Aide et le Maintien à Domicile

I / Historique de l'Aide à domicile : de l'aide charitable à des droits sociaux et une profession reconnue.

- 1°/ Officialisation de la profession de Travailleuse Familiale.
- 2° / L'aide-ménagère aux personnes âgées.

II / Analyse de la profession en 2017.

- 1°/ Les modes d'intervention du secteur.
- 2°/ Les différents opérateurs du secteur.
- 3°/ La structuration juridique du secteur.
- 4°/ Les statuts des salarié-e-s du secteur.
- 5°/ Problématiques des intervenants du secteur.
 - Grande précarité de la profession de l'aide et du maintien à domicile.
 - Des salarié-e-s souvent âgé-e-s et fragilisé-e-s.
 - Temps partiel généralement imposé.
 - Un système de rémunération néfaste pour les différents acteurs.
 - Un manque crucial de qualification des personnels.
 - Des conditions de travail difficiles.
- 6°/ Besoins et demandes des bénéficiaires de l'Aide à Domicile.
 - Financement de l'aide à l'autonomie.
 - Les restes à charge.
 - L'adaptation du logement.
 - Des soins adaptés aux besoins.
 - Les 4 volets des soins de nursing : hygiène, surveillance, prévention, observation.
 - Diagnostic et bilan d'une perte d'autonomie.

III / Quel avenir pour la profession ?

Pour les économistes et les prévisionnistes, le secteur de l'aide à l'autonomie apparaît comme un énorme gisement d'emplois.

La campagne du gouvernement « **Aider les autres, c'est mon métier** » lancée le 1er février 2017 par Pascale Boistard a pour but de valoriser les métiers du secteur de l'Aide à domicile. Elle fait suite à la loi ASV et prévoit la création de 300 000 emplois dans ce secteur d'ici 2030.

Il s'agit de savoir quels seront les moyens mis en œuvre sur ce secteur afin de réaliser cette grande ambition.

Si les employeurs du secteur, les financeurs et les responsables politiques n'acceptent pas de prendre en compte la réalité des mauvaises conditions de travail, s'ils ne résolvent pas les problèmes à leur origine, le pire est à craindre, tant pour les personnes âgées concernées que pour les personnels.

IV / Souhaits et Propositions de l'UNIRS.

- La création d'un véritable service public d'Aide et de Maintien à Domicile.
- Une réelle qualification professionnelle.
- De meilleures conditions de travail.
- Des salaires décents.
- Le financement de l'Aide à Domicile, un point essentiel.

En France, en 2017, 3,6 millions de personnes (le plus souvent handicapées, éventuellement retraitées et âgées) emploient à domicile, sous différentes formes, plus de 1,6 million de salariés et salariées. Le secteur de l'Aide à domicile est un domaine où le bien être des personnes « bénéficiaires » est très directement fonction des conditions d'emploi et de travail des personnes affectées à ces tâches. Nous constatons régulièrement qu'il s'agit, pour le personnel chargé de ces fonctions, de travaux difficiles, multiples, qui nécessitent une implication personnelle importante, alors que la considération sociale comme les rémunérations sont très loin de correspondre à ce qui leur est demandé. A Solidaires, nous voulons pratiquer un syndicalisme « retraités et retraitées » de transformation sociale. C'est pourquoi nous voulons porter les demandes et les revendications des personnes retraitées qui sollicitent une aide à domicile et, en même temps, nous voulons faire connaître et partager les revendications des personnels de l'Aide à domicile et porter nos revendications « UNIRS Solidaires » dans ce domaine. Il s'agit d'aider à faire converger les demandes des salariés, et surtout des salariées, de ce secteur et les demandes des personnes bénéficiaires de leur travail. Ce présent petit cahier peut être un outil pour faire connaître notre syndicalisme tant auprès des personnes du secteur de l'Aide à domicile qu'auprès des personnes retraitées qui ont recours à l'aide à domicile.

I / Historique de l'Aide à domicile.

Les origines historiques de l'aide à domicile sont multiples et prennent leur source dans le travail domestique, le dévouement charitable, l'engagement et le militantisme des associations, l'action sociale et la volonté de structuration apportée par les pouvoirs publics.

En effet, au début du 20^e siècle, l'aide à domicile reposait essentiellement sur un fond de charité chrétienne et c'est seulement vers 1920 qu'avait été créé, au sein d'associations laïques, le métier de travailleuse familiale afin de répondre à certaines des difficultés rencontrées dans leur vie quotidienne par des familles confrontées aux risques de maladie, de vieillesse ou d'invalidité.

C'est à partir de 1936, avec les prémisses des conventions collectives, de la législation du travail et du code des familles et surtout après 1945, suite à la création de la Sécurité Sociale et l'instauration d'une politique de protection maternelle et infantile, que des organismes de sécurité sociale, parallèlement aux prestations légales, ont mis en place des services de travailleuses familiales.

Par la suite, des associations familiales laïques ont créé également leurs services de travailleuses familiales et d'aides ménagères, pour répondre aux difficultés que rencontraient les familles. Ces services étaient financés par les Caisses d'Allocations Familiales (CAF) ou l'assurance maladie (selon la réponse au risque).

1 / Officialisation de la profession de Travailleuse Familiale.

Par un décret du 9 mai 1949, la profession de travailleuse familiale est officialisée. En 1974, ce décret est complété par deux textes sur la formation et l'emploi :

« La travailleuse familiale est un travailleur social qui assure à domicile des activités ménagères et familiales, soit au foyer des mères de famille qu'elle supplée, soit auprès de personnes âgées infirmes ou invalides ; ... Elle doit avoir reçu une formation appropriée sanctionnée par le certificat de travailleuse familiale ; ... A l'occasion de ces tâches concrètes, elle exerce une fonction d'ordre social, préventif et curatif. »

Depuis les années 60, l'aide à domicile des personnes s'est structurée. Au fil du temps, les pouvoirs publics, dans leur souci d'aider les personnes en situation de fragilité, ont pris en compte les besoins des populations les plus fragilisées en mettant en place des actions programmées et des financements spécialement affectés. Ce sont ces politiques sociales qui ont aidé au développement et à la structuration du secteur de l'aide à domicile aux personnes âgées.

En mai 1970, une Convention Collective Nationale (CCN) concernant les travailleuses familiales, signée par les 4 fédérations nationales employeurs, s'adosse à la convention collective nationale de la sécurité sociale pour certains droits (congrés annuels, salaires, 13^e mois) et stipule notamment que :

« Le salaire de base est fixé en référence au barème appliqué aux travailleuses familiales exerçant leur activité dans les organismes de sécurité sociale. Les organisations signataires se réuniront chaque fois qu'interviendra une modification de traitement et de classement dans les organismes de sécurité sociale pour en déterminer obligatoirement les incidences sur les dispositions de la présente CCN ».

En un mot, la valeur du point des travailleuses familiales du privé est la même que celle des salarié-e-s de l'Union des Caisses Nationales de Sécurité Sociale (UCANSS), ce qui facilite le financement des salarié-e-s du secteur associatif. Enfin, vers la fin des années 1980, dans le but de restructurer l'offre de service, une réglementation généraliste a induit de nombreuses transformations qui ont contribué à bouleverser le secteur de l'aide à domicile.

2 / L'Aide-ménagère aux personnes âgées.

En octobre 1970, la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse (CNAV), par le biais de son action sociale, va financer une prestation « aide ménagère » aux personnes âgées ; ce sera la première appellation des salarié-e-s de ce secteur : les aides ménagères.

A partir de 1977, des syndicats vont demander que les aides ménagères soient couvertes par une convention collective et proposent donc comme référence une convention collective existante, celle de l'UCANSS, afin de garantir leurs droits et leur protection sociale.

La Convention Collective Nationale des Organismes d'Aide et de Maintien à Domicile (LA 83) sera signée en mai 1983.

En novembre 1988 (arrêté du 30 novembre 1988), est créé le Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Aide à Domicile (CAFAD). Une circulaire ministérielle instaure, pour la première fois, un cycle de formation de 200 heures en six unités de formation, financé par des crédits d'État, à l'attention des aides ménagères et des auxiliaires de vie. C'est une formation proposée en cours d'emploi, mais distillée au goutte à goutte puisque seules 20 % des salariées auront la reconnaissance de leur qualification au niveau des salaires. Les autres titulaires du CAFAD resteront sur la grille des non qualifiées, ce qui ne les incitait pas à demander une formation.

Les Aides-soignantes à domicile arrivent aussi sur le secteur. Elles dépendent, soit de la LA 83, soit de la 51 (CCN de la Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne - FEHAP). Leur financement dépend de l'assurance maladie.

En 1991, création des emplois familiaux et du chèque emploi service en 1993. Ces nouveaux emplois sont accompagnés de diverses possibilités de déductions fiscales. C'est le début de la déstructuration du secteur associatif prestataire. Pour survivre, le secteur va alors créer des associations mandataires.

En 1993, le CAFAD 2^e génération est créé. Les aides ménagères deviennent des aides à domicile. Les textes prévoient la possibilité d'une réduction du volume horaire de formation et d'une dispense partielle de stage pour les personnes remplissant certaines conditions de formation antérieure ou d'expérience professionnelle dans l'aide à domicile.

Pour ce faire, des équivalences au CAFAD peuvent être accordées à certaines personnes ayant une longue expérience de travail, à condition qu'elles effectuent un stage pratique et une petite formation théorique complémentaire.

La réforme de 1993, appliquée jusqu'en 1998, a été annulée par un arrêt du Conseil d'État le 16 mars 1998 et les textes du 30 novembre 1988 ont été remis en vigueur.

En 1997, mise en place de la Prestation Spécifique Dépendance (PSD) par la loi du 24 janvier 1997. Cette prestation a été attribuée, sous condition de ressources, aux personnes âgées dépendantes du 1^{er} janvier 1997 au 1^{er} janvier 2002. Le secteur prestataire va encore être un peu plus déstructuré avec cette nouvelle loi. En effet, ce sont les Conseils Généraux qui gèrent cette nouvelle prestation, mais avec une grande disparité dans son montant : ainsi, dans de nombreux départements, l'heure PSD versée ne couvrirait pas l'heure « aide-ménagère » habituelle et les bénéficiaires étaient poussés à chercher d'autres solutions.

En 1998, le certificat de travailleuse familiale devient un diplôme de niveau IV délivré par le ministère des affaires sociales. Il est aussi accessible par la Validation des Acquis de l'Expérience (V.A.E.)

La travailleuse familiale est désormais désignée « Technicien de l'Intervention Sociale et Familiale » (TISF).

En juin 2001, l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie) est votée et mise en place le 1^{er} janvier 2002. L'APA remplace la PSD et est ouverte à plus de personnes, celles qui sont en GIR 4. Des négociations avec les organisations syndicales et les employeurs, pilotées par M^{me} Guinchart-Kunstler, secrétaire d'État aux personnes âgées du gouvernement Jospin, du 28 mars 2001 au 6 mai 2002, aboutiront alors, après plusieurs années, à une convention collective unique avec une meilleure reconnaissance du secteur favorisant les discussions avec les financeurs. Deux réformes voient le jour :

- une révision de la grille de classification et des rémunérations ;
- la réforme du CAFAD qui devient le Diplôme d'État d'Auxiliaire de Vie Sociale (DEAVS) afin de répondre aux besoins de qualification, tant quantitatifs que qualitatifs, du secteur de l'aide à domicile, notamment pour le maintien à leur domicile des personnes dépendantes, âgées ou handicapées.

Cette grille reconnaît les qualifications, intègre le nouveau diplôme DEAVS, permet une importante augmentation des salaires, mais son agrément sera différé durant plus d'un an par le nouveau gouvernement Balladur Fillon qui le refuse au motif que « cela coûte cher ».

En juillet 2005, vote de la loi « relative au développement des services à la personne ... », dite « Plan Borloo », qui instaure le Chèque Emploi Service Universel (CESU). Cette loi met en œuvre un plan de développement des services à la personne qui prétend doubler le rythme de croissance de ce secteur pour créer 500 000 emplois dans les 3 ans. Pour y parvenir, il s'agit de réduire les coûts et les prix, de simplifier l'accès aux services pour les particuliers, et de professionnaliser le secteur. La création d'un « chèque emploi service universel » (remplaçant les précédents moyens de paiement, le chèque-emploi-service et le titre-emploi-service) est présentée par le gouvernement Chirac-Villepin comme une mesure phare de la loi Borloo. Il entre en vigueur le 1^{er} janvier 2006. Avec ces dispositions, le secteur prestataire est encore un peu plus déstructuré dès lors que l'aide à domicile est incorporée dans un conglomérat vaste et flou, et essentiellement marchand, que sont les entreprises qui se dénomment « services à la personne ».

Toutes ces mesures visent en priorité à favoriser l'emploi et le dynamisme économique en stimulant une offre et une demande de services toujours plus diversifiés. Ces services doivent de plus en plus rester dans la sphère privée et ne pas dépendre d'une mission de service public.

II / Analyse de la profession en 2017.

Notre analyse s'appuie tout d'abord sur le **Rapport d'Information**, Rapport demandé par la Commission des Affaires Sociales du Sénat et réalisé par les sénateurs Jean-Marie Vanlerenberghe et Dominique Watrin en juin 2014. Il s'intitule : « *L'Aide à domicile : un système à bout de souffle à réformer d'urgence* ».

Elle reprend par ailleurs une grande partie des **témoignages** de professionnels salarié-e-s du secteur, de responsables d'associations d'employeurs et de représentants d'usagers exprimés au cours du **Colloque**

organisé par Dominique Watrin le 9 mars 2017 au Sénat sur le thème : « *Services d'aide et d'accompagnement à domicile : l'urgence d'un juste prix pour la dignité des personnes âgées en perte d'autonomie et des salarié-e-s* ».

Elle prend aussi en compte des témoignages et des demandes d'usagers directement confrontés aux problèmes de l'aide à domicile d'un membre de la famille, exprimés par des militantes et des militants de l'UNIRS et analysés lors des réunions du Conseil d'Administration de l'UNIRS.

1 / Les modes d'intervention du secteur.

L'offre de prestation de services peut être réalisée sous trois modes d'intervention : le mode prestataire, le mode mandataire et l'emploi direct ou gré à gré.

Le mode prestataire

Dans ce mode d'intervention, l'utilisateur fait appel à un organisme qu'il paye en contrepartie d'un service. L'organisme est l'employeur des salariés qui vont intervenir au domicile de l'utilisateur. C'est cet organisme qui organise les interventions et, en tant qu'employeur, assure la gestion des ressources humaines, gère les conflits salariaux, et applique le droit du travail et les principes conventionnels lorsqu'une convention collective s'applique à celui-ci. Ce mode d'intervention est principalement assuré par des structures associatives à but non lucratif et par des entreprises privées à but lucratif.

Le mode mandataire

Dans ce mode d'intervention, l'utilisateur (la personne âgée) est le véritable employeur du salarié intervenant à son domicile : il signe son contrat de travail, paie le salarié, applique la convention collective existante, etc.

Mais l'utilisateur fait appel à un organisme - **le service mandataire** - qui va d'abord lui fournir un travailleur, ensuite l'aider à remplir sa fonction d'employeur en assurant les formalités administratives relatives à l'emploi du salarié et à la gestion de son contrat de travail (déclarations sociales et fiscales notamment).

L'emploi direct ou gré à gré

Dans cette configuration, l'utilisateur embauche directement le salarié et assure sa responsabilité d'employeur, effectue seul les démarches relatives à l'embauche et à l'emploi du salarié. Il organise seul l'intervention du salarié et applique la convention collective du particulier employeur. L'emploi direct d'une aide à domicile est parfois perçu comme présentant des avantages, en termes de choix du salarié et de souplesse, mais apporte aussi nombre de problèmes et de difficultés pour la personne âgée qui se retrouve « employeur ».

2 / Les différents opérateurs du secteur.

Les activités de services à la personne sont assurées par quatre grands types d'opérateurs : les associations, les structures publiques, les entreprises commerciales, les structures mutualistes.

Les associations

Les associations à but non lucratif (loi 1901), opérateurs historiques, réalisent la plus grande partie de leurs interventions auprès des publics fragilisés (personnes âgées, dépendantes, handicapées, familles en difficulté). En 2017, les associations restent majoritaires en nombre de structures, notamment l'Union Nationale de l'Aide, des Soins et des Services aux Domiciles (UNA, qui a créé une enseigne nationale, France Domicile, avec la Mutualité Française et l'Union Nationale des CCAS), l'Aide à Domicile en Milieu Rural (ADMR), ou encore l'ADESSA DOMICILE (Réseau des associations d'aide à domicile).

Les structures publiques

Les communes disposent de certaines compétences en matière d'action sociale. Les municipalités ont donc développé des actions d'aide et d'accompagnement auprès des personnes âgées à domicile. Les centres communaux, ou intercommunaux, d'action sociale (CCAS ou CIAS) proposent des actions diversifiées en faveur des personnes âgées, des enfants (halte-garderie et crèches), ...

D'autres acteurs publics se positionnent sur le secteur des services à la personne : les communautés de communes, les agglomérations de communes entre autres.

Les entreprises commerciales

Les entreprises commerciales - à but lucratif - se sont développées depuis la fin des années 1990, en particulier avec le plan Borloo de 2005 de développement des services à la personne qui a fortement dynamisé les entreprises sur ce secteur d'activités. Elles se consacrent essentiellement aux activités de services envers les publics non fragiles (entretien du logement, repassage, jardinage, assistance informatique, soutien scolaire etc.). Mais de plus en plus fréquemment, elles proposent aussi des prestations aux publics en situation de fragilité.

Les autres opérateurs

Les organismes mutualistes s'intéressent également aux services à la personne. Les adhérents de la fédération nationale de la mutualité française (FNMF) disposent de services d'aide et d'accompagnement à domicile et adhèrent souvent également à une des quatre fédérations nationales d'associations.

La mutualité sociale agricole (MSA, régime de sécurité sociale des agriculteurs) a créé des services d'aide à domicile sur certains territoires.

De nouvelles enseignes de services à la personne ont également vu le jour suite au plan Borloo : elles regroupent différents opérateurs sous une même enseigne dans le but de faciliter la mise en relation entre les prestataires de services et les utilisateurs.

3 / La structuration juridique du secteur.

Le statut juridique des services à la personne en France résulte de la conjonction de deux éléments :

→ **La fragilité de la personne.** L'allongement de la durée de vie lié à un éclatement des familles, provoque une demande croissante d'aide à domicile. C'est le Conseil Départemental qui pilote l'action sociale et médico-sociale depuis la loi de décentralisation de 2004. C'est donc le département qui va être l'interface entre les demandes, individuelles à chaque fois, de personnes fragilisées, et des structures qui offrent leurs services. Les structures qui interviennent auprès des publics âgés, handicapés ou en situation de besoin d'aide sont autorisées par le Conseil Départemental, si elles répondent aux besoins recensés dans le schéma et bénéficient d'une tarification. Le statut juridique de ces structures dépend du Code de l'action sociale et des familles.

→ **La lutte contre le chômage.** Le gouvernement, depuis quelques années, légifère pour développer les services à la personne, pourvoyeurs d'emplois. Ainsi, au nom de la lutte contre le chômage, les procédures d'ouverture de services à la personne ont été simplifiées et relèvent de la Préfecture et du Code du travail. Les pouvoirs publics facilitent le développement des activités de services à la personne par plusieurs leviers d'action : précarité et bas salaires, réduction des coûts en réduisant les taux de prélèvements sociaux ou les règles fiscales et enfin par diverses subventions. Il est manifeste que, de plus en plus souvent, les gouvernements s'appuient sur les demandes des personnes concernées et des familles en matière d'aide à domicile pour réduire les chiffres du chômage par des créations d'emplois précaires et très peu rémunérés.

4 / Les statuts des salarié·e·s du secteur.

L'organisation du travail, les conditions d'intervention des salariés et les statuts dont ils dépendent sont très différents selon l'organisme qui les embauche.

1 / Un CCAS ou un CIAS (Centre Communal ou Intercommunal d'Action Sociale). Les salariés sont alors fonctionnaires des collectivités territoriales et relèvent des dispositions statutaires de la fonction publique territoriale (loi du 26 janvier 2006).

Mais ils demeurent souvent de statut précaire...

2 / Une association (type loi 1901) ADMR, UNA, ADESSA DOMICILE, etc. Les associations d'aide et de services à domicile sont couvertes, depuis le 1^{er} janvier 2012, par une convention collective de branche, conclue le 21 mai 2010, qualifiée d'unique parce qu'elle remplace les textes en vigueur jusqu'à cette date : la CCN des organismes d'aide à domicile du 11 mai 1983, celle de l'ADMR du 6 mai 1970, celle des travailleuses familiales du 2 mars 1970 et les accords de branche conclus depuis 1983.

Cette nouvelle convention constitue un socle commun ; elle s'impose à toutes les associations, qu'elles adhèrent ou non à une fédération employeur signataire, en raison de l'arrêté d'extension du 23 décembre 2011. Elle s'applique donc « à l'ensemble des associations et organismes employeurs privés à but non lucratif qui, à titre principal, ont pour activité d'assurer aux personnes physiques toutes formes d'aide, de soin, d'accompagnement, de services et d'intervention à domicile ou de proximité. » (Art 1 de la CCN).

3 / Une entreprise privée commerciale (issue de la loi Borloo de juillet 2005). Ces entreprises mises en place pour favoriser les services à la personne, proposent des prestations médico-sociales vers les publics fragilisés et des prestations dites de confort vers le « tout public ».

Il n'existe pas de convention collective et les salariés de ces entreprises ne relèvent alors que du code du travail en vigueur.

4 / De Gré à Gré par le bénéficiaire. L'embauche d'une aide à domicile fait de la personne âgée, ou de la personne agissant pour son compte, un « **particulier employeur** » considéré par le droit comme n'importe quel patron, contraint d'assumer et d'exercer plusieurs types de responsabilités : juridiques, financières et managériales.

Ainsi, le lien entre le salarié et le bénéficiaire de l'aide à domicile est qualifié obligatoirement de contrat de travail, même en l'absence de document écrit et signé, si les conditions suivantes sont réunies : une **prestation rémunérée**, effectuée sous l'autorité de la personne âgée ou de l'un de ses descendants agissant pour son compte.

C'est donc au salarié de vérifier que son « employeur » respecte bien le code du travail et que son contrat est conforme à la Convention Collective du Particulier Employeur de mars 2000, notamment en ce qui concerne son salaire, ses congés, les cotisations sociales.

5 / Problématiques des intervenants du secteur.

Premier constat : dans le « ressenti » de la population, les métiers concernant les personnels qui s'occupent des personnes âgées en perte d'autonomie plus ou moins importante, à domicile ou en maisons de retraite, ne sont pas très valorisés et semblent plutôt « réservés » à ceux et à celles qui ne peuvent pas trouver un autre emploi plus attrayant et valorisant. Les personnels de l'Aide à Domicile continuent de souffrir d'une image dégradée de leur métier et leurs missions sont souvent considérées comme une forme d'aide-ménagère améliorée ne nécessitant pas de compétences particulières.

Deuxième constat : ce secteur peine à être attractif auprès des salarié-e-s car les conditions de travail, les faibles rémunérations et les évolutions de carrière proposées sont tout à fait insatisfaisantes.

Une étude de la Drees (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), citée dans le Rapport des sénateurs Jean Marie Vanlerenberghe et Dominique Watrin de juin 2014 et surtout les interventions au Sénat, le 9 mars 2017, de Dominique Watrin, de Sylviane Spiques, au nom des Organisations de Retraités et de Nathalie Delzongle, au nom des syndicats de salarié-e-s, ont mis en évidence la situation de plus en plus précaire et inquiétante de cette profession.

Grande précarité de la profession de l'aide et du maintien à domicile.

Des salarié-e-s souvent âgé-e-s et fragilisé-e-s.

C'est une profession très majoritairement féminine avec une moyenne d'âge particulièrement élevée : sur les 226 000 salarié-e-s des Associations opérant dans ce secteur, 95% sont des femmes et 53% ont plus de 45 ans et 20% plus de 55 ans.

Il faut encore ajouter que les travailleurs handicapés sont en hausse de 3 % en 2 ans suite aux accidents de travail, aux maladies professionnelles et aux conditions de travail. Les arrêts maladie sont en augmentation constante en raison des conditions de travail très difficiles. Ceci conduit à un turn-over très élevé, qui nuit à la qualification par la pratique de l'expérience, et qui désoriente et déstabilise les personnes âgées.

Temps partiel généralement imposé.

79 % des salarié-e-s sont à temps partiel et 44 % travaillent les dimanches et jours fériés. Selon l'étude de la Drees, le temps de travail moyen s'établissait à 26,1 heures pour l'ensemble et seulement à 19,7 heures pour les seuls salarié-e-s en emploi direct.

De plus, 41 % des salarié-e-s sont non qualifié-e-s avec, par conséquent, une faible rémunération.

Enfin 77 % des départs sont dus à des démissions (44 %), à des inaptitudes (16 %) et à des ruptures en fin de période d'essai ou rupture conventionnelle. En 2014, 42 % des associations ont déclaré des inaptitudes.

Un système de rémunération néfaste pour les différents acteurs.

Tout d'abord, le système de rémunération des salariés du secteur, basé uniquement sur un prix horaire, génère une multitude de conséquences néfastes, pour les Associations, les salariés et les usagers :

- sous-rémunération, source d'un mal-être chez des personnels précarisés,
- inquiétude des Associations confrontées à une rémunération des services effectués inférieure au coût de revient,
- restes à charge doublés pour les usagers, condamnés à acquitter le ticket modérateur sur le plan d'aide APA et le paiement du différentiel entre les 17,5 ou 18,5 € par heure (remboursés à l'association par le Département) et le tarif réel facturé par celle-ci à l'utilisateur.

D'où leurs appels au secours de plus en plus pressants pour faire entendre leurs voix face à un système qui institue l'inégalité de traitement devant la loi suivant l'endroit où l'on réside.

Alors que l'« étude nationale d'évaluation des coûts », a démontré qu'un « tarif horaire socle » de 25 € devrait être mis en place au plan national, selon les enquêtes, le tarif attribué oscille entre 17,5 € et 23 €,

selon le bon vouloir et les difficultés financières des départements. Des amendements en faveur de l'instauration d'un tarif national de référence, déposés par le groupe CRC du Sénat, lors de la discussion de la loi ASV, ont tous été refusés. En toute légalité donc, chaque département est libre d'appliquer le tarif qu'il veut !

D'autre part, suite au gel de la valeur du point d'indice, les salarié-e-s du secteur ont accusé une perte de pouvoir d'achat. Des revalorisations salariales avaient bien eu lieu au début des années 2000 mais le point d'indice, gelé depuis avril 2009, a conduit à un tassement général des salaires, avec un impact plus net encore chez les employés à temps partiel. Enfin l'augmentation de 1 % en 2014, et celle de 0,48 % qui vient d'être agréée, ne suffisent pas à compenser des années de stagnation. Selon un rapport de la branche, les salaires moyens ont diminué entre 2013 et 2015.

Les indemnités kilométriques, qui n'ont pas augmenté depuis 2008, sont jugées tout à fait insuffisantes et n'ont toujours pas été revalorisées, en raison d'un futur impact financier, alors qu'un avenant à la convention collective de la branche le demandait. De plus que, dans de nombreux cas, seuls sont pris en compte les trajets entre deux interventions consécutives.

Des rémunérations calculées uniquement sur les heures travaillées, des emplois majoritairement à temps partiel, un manque flagrant de qualification : autant de causes qui tirent les salaires vers le bas. Actuellement le salaire moyen est de 972 € brut pour un équivalent temps plein avec 15 ans d'ancienneté.

De plus, il existe une relation entre qualification et temps de travail : plus l'intervenant est qualifié, plus son temps de travail est élevé et par conséquent son salaire ou au contraire l'inverse.

Un manque crucial de qualification des personnels.

Selon l'enquête de la Drees citée plus haut, 62 % des personnels ne disposaient d'aucun diplôme du secteur sanitaire ou social. Pour les responsables syndicaux du secteur, la priorité serait d'avoir des personnels qualifiés, détenteurs au minimum du DEAES (Diplôme d'État d'Accompagnant Éducatif et Social) réellement formés à la prise en charge de l'autonomie. Le DEAES remplace les formations d'auxiliaires de vie sociale et d'AMP.

La profession se caractérisant par le « **soin et l'aide à la personne** », elle nécessite des dispositions particulières et une formation tout à fait appropriée. En effet les besoins et la demande du bénéficiaire sont tellement diversifiés que chaque visite à domicile nécessite un comportement différencié qui ne peut reposer que sur une formation adéquate.

En réalité, le nombre de personnels qualifiés est toujours plus important chez ceux qui travaillent en mode prestataire : plus de 50 % en mode prestataire sont diplômés du secteur sanitaire ou social contre 15 % des salariés en mode direct.

En réalité, au fil des années, les salarié-e-s du secteur ne cessent de perdre du pouvoir d'achat, victimes des choix politiques destructeurs, comme d'ailleurs l'ensemble du secteur sanitaire et social. La politique d'austérité en matière de salaire conduit à un tassement des grilles les plus basses et les personnes concernées doivent accumuler des années d'ancienneté pour atteindre simplement un SMIC horaire.

Les raisons du manque de formation et de « savoir-faire » des intervenants vis à vis des patients sont nombreuses. Il faut rappeler tout d'abord que, depuis 2005 en vertu de la loi Borloo, de nombreuses femmes, à la recherche d'un emploi après avoir élevé leurs enfants notamment, ou encore au chômage, sont souvent orientées vers ces emplois « d'aide à la personne » comme un pis-aller, sans aucune évaluation de leur compétence dans le domaine de l'aide à la personne, à partir d'un discours simpliste : « *ce sont des tâches que vous faites quotidiennement chez vous* ».

D'autre part, toute qualification et professionnalisation doit être reconnue financièrement et les organismes employeurs, par souci d'économies et sous la pression des financeurs, restreignent souvent l'organisation de formations pour leurs salarié-e-s.

Des conditions de travail difficiles.

Toutes les enquêtes sur le secteur apportent les mêmes éléments : des activités difficiles sur le plan psychologique et pénibles sur un plan physique. De par l'organisation de l'activité, les personnels sont mobilisés sur des plages horaires très étendues, jusqu'à 12 ou 13 h, leurs interventions sont souvent hachées, reliées par de nombreux trajets, parfois longs et difficiles, surtout en campagne. La parcellisation des tâches, les déplacements permanents, les plannings morcelés, non respectés ou modifiés, engendrent stress, fatigue, ras le bol, tension et épuisement professionnel avec, pour conséquence, des difficultés à concilier vie professionnelle et vie familiale.

Parmi les autres difficultés, rarement prises en compte et cependant si importantes, les rapports et les témoignages signalent la solitude du salarié, travaillant seul à domicile auprès de personnes âgées fragiles. Il n'a pas qu'un rôle d'exécuteur de tâches mécaniques programmées (lever, toilette, habillage, petit déjeuner, réfection du lit, installation dans le fauteuil, etc.) et minutées. C'est lui en effet qui va diagnostiquer si la personne va bien ou non, tant

moralement que physiquement et qui pourra éventuellement le signaler afin d'éviter toute aggravation parfois dramatique de certaines situations. L'intervenant est souvent la seule personne rencontrée par l'utilisateur dans la journée et cette importance du relationnel n'est pas toujours prise en compte par les employeurs et les financeurs qui ne regardent que les coûts des prestations, la rentabilité et l'équilibre budgétaire, par le biais des plans CPOM (contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens).

Dernières difficultés mal mesurées : les trajets répétitifs, les va et vient continuels dans l'appartement, la station debout enfin, bien plus fréquente que dans d'autres professions, génèrent beaucoup plus de fatigue chez l'intervenant qui, de plus, est exposé aux risques d'une chute, d'une brûlure ou de tout autre accident du travail, seul chez une personne fragile, parfois malade et alitée. Enfin un contact journalier et permanent avec des personnes dont l'état de santé physique et psychique est plus ou moins détérioré, peut aussi, à la longue, altérer la santé des personnels intervenants.

Troisième constat : Il existe une très grande disparité entre les différents intervenants du secteur, principalement en raison du statut dont ils dépendent. Un intervenant « aide à domicile » peut être à la fois salarié d'une structure prestataire pour une partie de ses heures et employé directement par un particulier en complément. Il a même la possibilité de travailler sous les statuts de prestataire et de mandataire au sein d'une même structure.

Les employés d'une association historique (type loi 1901) bénéficient des congés, des rémunérations et des avantages prévus par la convention collective de branche conclue le 21 mai 2010. De plus, ils reçoivent souvent une formation interne, plus ou moins longue, et tout à fait adaptée aux besoins de leur profession.

Les employés des associations mandataires et des entreprises commerciales ne sont pas couverts par une convention collective et n'ont donc pas toujours les moyens de faire valoir leurs droits, d'autant plus qu'ils sont souvent employés à temps partiel ou au « coup par coup ». Naturellement, la plupart du temps, ils ne reçoivent aucune formation spécialisée et doivent se débrouiller comme ils peuvent auprès du bénéficiaire.

Les employés de gré à gré sont souvent des personnes en recherche d'emploi qui proposent leurs services par petites annonces ou par l'entremise d'une association mandataire. Il est évident qu'ils n'ont reçu aucune formation en direction de cet emploi et donnent ainsi raison aux bénéficiaires qui, selon de nombreux témoignages, dénoncent souvent le manque cruel de qualification de l'intervenant venu à leur domicile.

Quatrième constat : les intervenants, en ville mais plus encore en campagne, sont pénalisés par la multiplicité, le fractionnement et l'étalement de leurs interventions au cours de la journée et surtout par le temps passé en déplacements, souvent peu pris en compte dans leur temps de travail et donc peu rémunérés.

6 / Besoins et demandes des bénéficiaires de l'Aide à Domicile.

Un constat.

Le nombre des personnes de plus de 60 ans a cru de 23 % en 10 ans et en 2035, les retraités représenteront 31 % de la population. Avec le vieillissement de la population, la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie constitue donc un enjeu majeur.

Les enquêtes et les témoignages démontrent que la majorité des personnes âgées, même en perte d'autonomie plus ou moins avancée, souhaitent ardemment demeurer dans leur domicile, tant que cela reste possible, mais démontrent que le temps de vie à la retraite se passe mal quand les moyens financiers sont insuffisants.

Tout devrait donc être mis en œuvre par les pouvoirs publics pour permettre un véritable choix. Malheureusement, comme on peut le constater, les besoins des personnes âgées ne sont pas réellement évalués et suffisamment pris en compte financièrement, mais soumis à des mesures restrictives dues à des raisons financières, bien entendu au détriment de leurs intérêts.

Financement de l'aide à l'autonomie.

L'aide à l'autonomie est accordée selon le degré de perte d'autonomie physique et psychique mesurée au moyen de la Grille A.G.G.I.R. 1 à 6 (Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources) et utilisée par les Conseils Départementaux afin de déterminer le montant de l'APA nécessaire à la prise en charge d'une personne dépendante : c'est le plan d'aide. Mais est-il toujours bien respecté, correspond-il réellement au degré de sa perte d'autonomie ?

La question est régulièrement posée par des intervenants ou les familles et les proches des personnes concernées.

Le GIR 1 correspond à la perte d'autonomie la plus élevée et le GIR 6 à la moins élevée.

Seuls les GIR 1 à 4 sont financés par l'APA.

En décembre 2014, 1,25 million de personnes âgées en perte d'autonomie bénéficiaient de l'APA (738 000 à domicile et 512 000 en établissement), soit 7,8 % des 60 ans ou plus. En 2017, environ 20 % des personnes de plus de 85 ans sont dépendantes et ont besoin d'une aide à l'autonomie.

Créée en 2002, l'APA a été versée à 1,25 million de bénéficiaires en 2015, pour un montant de 5,548 Mds d'€. Elle est cofinancée par l'État via les caisses CNSA (journée de solidarité) et CASA (0,3 % sur les retraites et pensions). Il faut rappeler que la participation de l'État n'a cessé de diminuer : elle avait été garantie au taux de 50 % lors de sa mise en place ; aujourd'hui, malgré une revalorisation de l'APA générée par la loi ASV, elle n'est plus que de 33 %.

Le plan d'aide ne prend donc pas en compte le prix de revient réel d'une heure d'aide à domicile et le décalage entre son prix de revient réel et son taux de remboursement ne cesse de s'accroître. En conséquence, soit l'ayant droit paie la différence s'il en a les moyens, soit il renonce à un certain nombre d'heures du fait du reste à charge trop onéreux.

Tant qu'il n'y aura pas adéquation entre le prix de revient d'une heure d'aide à domicile et son financement, tout ce qui sera mis en place ne permettra pas la pérennisation d'un service pourtant de plus en plus vital.

Financement des GIR 5 et 6.

Les GIR 5 et 6 peuvent être financés par la CNAV (CARSAT dans les départements), la MSA et aussi, en complément, par les caisses de retraites complémentaires et les mutuelles, pour leurs allocataires, sous certaines conditions (revenu inférieur à 1 860€ pour la CNAV).

C'est la CNAV (ou la MSA) qui fixe les conditions d'attribution de l'aide, le nombre d'heures accordées, le taux horaire, le barème de sa participation et peut aussi

prendre en charge jusqu'à 80 % des frais liés à l'aide à domicile (soins, toilette, cuisine, ménage...). Le plafond maximum de l'aide totale allouée par la CNAV est fixé à 3 000 € pour 10 à 12 heures mensuelles. Si le maintien à domicile du demandeur nécessite des travaux pour adapter le logement, elle peut aussi lui octroyer une aide à l'amélioration de son habitat.

Les restes à charge.

Ils s'élèvent annuellement à plusieurs milliards d'euros et, pour l'ayant droit, ils dépendent du montant de son plan d'aide et de ses revenus (certains sont pris en compte, d'autres sont exclus du calcul). Pour un revenu égal ou inférieur à 800 € mensuels, la

participation (le reste à charge) est nulle, pour un revenu supérieur à 800 € et inférieur à 2 948 €, la participation varie progressivement de 0 à 90 % du montant du plan d'aide.

L'adaptatation du logement.

Des enquêtes précisent que 90 % des Français préfèrent adapter leur domicile, même si leur état de santé se dégrade, plutôt que de le quitter pour se retrouver en EHPAD. Or, aujourd'hui, 6 % seulement des logements sont adaptés à la vie quotidienne des personnes en perte d'autonomie, en raison, souvent, du manque de moyens financiers ou tout simplement d'informations claires sur les aides possibles.

En effet pour remédier à ses difficultés croissantes, pour éviter les risques de chute, le souhait de tout un chacun est d'habiter un logement rassurant : escaliers avec barre

d'appui ou main courante, une cuisine accessible et sécurisée, des toilettes faciles et une salle de bains avec douche de plain-pied.

En réalité de nombreux dispositifs de financement sont proposés par l'ANAH, la CNAV, les caisses de retraites complémentaires, les mutuelles ou encore les collectivités territoriales, mais ces dispositifs sont peu lisibles, souvent ignorés des bénéficiaires potentiels alors qu'ils sont à disposition auprès des CLIC, mais l'information passe mal et, de plus, les procédures d'obtention sont longues et complexes.

Des soins adaptés aux besoins.

La perte d'autonomie, au moins en ses débuts, n'entraîne pas automatiquement une forte médicalisation, mais plutôt un renforcement des soins de nursing et une mise à disposition d'un matériel adapté. Ainsi les bénéficiaires concernés, ou leur famille, pourraient bénéficier de soins beaucoup plus adaptés à leur état, grâce à des passages des intervenants, plus courts mais plus fréquents. Ceci permettrait un taux de maintien à domicile beaucoup plus élevé mais malheureusement, les Services d'Accueil et d'Accompagnement à Domicile (SAAD), en raison des surcoûts liés aux frais de déplacements et à la tarification horaire des salariés, offrent rarement de telles possibilités et n'interviennent, pour la plupart, que pour des durées supérieures à 1 h 30. Certains SAAD pratiquent des tarifs différents selon qu'il s'agit d'entretien du cadre de vie ou d'accompagnement de la

personne. Il faut aussi noter que certains SAAD sont à la fois autorisés et tarifés et qu'ils peuvent donc appliquer aux bénéficiaires de l'APA le tarif autorisé par le département. Ceci conduit à un reste à charge moins important pour les usagers, qui peuvent ainsi bénéficier de plus d'aide ; mais ceci peut aussi provoquer un déficit pour les associations nécessitant une augmentation des subventions. Et nous savons que les politiques budgétaires très restrictives interdisent de plus en plus ces aides aux associations.

Une réponse à une telle demande supposerait donc une autre organisation du travail des intervenants, une prise en compte totale de leurs déplacements, et pour cela, un autre type de financement des organismes prestataires leur permettant une organisation du travail en fonction des besoins réels avec des coûts acceptables pour les bénéficiaires.

Les quatre volets des soins de nursing : hygiène, surveillance, prévention, observation.

Ils devraient être évalués et réalisés par une infirmière diplômée d'état (IDE) dans le cadre d'un plan de soin infirmier prenant en compte l'état physique, psychologique et le contexte socio-familial du patient mais malheureusement ce n'est pas toujours le cas.

Des proches de personnes en perte d'autonomie soulignent que les besoins fondamentaux de la personne

(hygiène corporelle, alimentation, élimination) devraient être distincts des tâches domestiques (ménage, cuisine, courses). Les premiers devraient être assurés uniquement par des professionnels diplômés et pris en charge intégralement par la Sécurité Sociale tandis que les seconds, indispensables au maintien à domicile, seraient financés sur le compte d'une APA progressive.

Diagnostic et bilan d'une perte d'autonomie.

Sur appel de la famille, en vue d'une prise en charge et du financement par l'APA, un diagnostic et un bilan complet des besoins de la personne (degré de perte d'autonomie, adaptation du logement, situation sociale, environnement familial et de voisinage) devraient être établis très rapidement par les services compétents et déclencher immédiatement l'aide financière nécessaire. La réalité en 2017 est bien différente : la réponse à la demande sera souvent obtenue au bout de deux ou trois mois et sans effets rétroactifs.

Afin de favoriser le maintien à domicile, un numéro unique devrait être installé afin d'accélérer une mise en place rapide de l'intervention des services concernés alors qu'en général il faut attendre plusieurs semaines. Il faudra suivre l'évolution des expérimentations sur les SPASAD (Services Polyvalents d'Aide et de Soins A Domicile) prévues par l'article 49 de la loi ASV.

Il serait aussi souhaitable qu'un intervenant habilité par les CCAS ou les CLIC (assistante sociale ou infirmier) puisse effectuer des visites d'évaluation des besoins éventuels des personnes signalées par leur famille ou le voisinage afin d'établir un premier diagnostic.

En conclusion, afin de répondre réellement aux principaux souhaits des personnes en perte d'autonomie désirant demeurer à leur domicile, c'est un changement total dans l'organisation de la profession de l'aide à domicile et dans son financement qui devrait s'imposer à tous les niveaux : politiques, financeurs, responsables d'associations. Enfin un changement de culture et de mentalité serait indispensable si la société désirait réellement que la volonté et les choix d'une personne en perte d'autonomie passent avant le coût des aides induites.

III / Quel avenir pour le secteur de l'aide à domicile ?

Les travaux du Colloque au Sénat du 9 mars 2017 ont permis des échanges entre des représentants de trois intervenants du secteur (employeurs associatifs, salariés et surtout salariées de l'aide à domicile, usagers représentés par les organisations du Groupe des Neuf, dont l'UNIRS Solidaires). Ce sont ces échanges, résumés, qui figurent ci-dessous.

Lors du colloque au Sénat, dans son introduction, Dominique Watrin a rappelé quelques points exprimés à plusieurs reprises par les associations, les salarié-e-s du secteur et les usagers les plus concernés.

- **Par manque de financement, plus de cent associations d'aide à domicile ont mis la clef sous la porte** ces deux dernières années et 10 000 emplois ont été supprimés entre 2009 et 2012 dans un secteur pourtant présenté comme porteur. Désormais, le secteur privé est invité à financer l'action sociale par le biais des « contrats à impact social » ; si les objectifs sont atteints, l'Etat rembourse l'entreprise avec intérêts jusqu'à 15 %. Ceci attire déjà des « investisseurs privés » qui trouvent là une nouvelle possibilité de rentabilité pour leurs capitaux. Les impôts payés par celles et ceux qui en payent encore (très fortement, les familles avec la TVA), vont donc désormais venir rémunérer des capitaux privés qui se seront insérés dans les secteurs « rentabilisables » de l'action sociale !
- **Sous-payés et précarisés**, réduits à vivre avec 832 € de salaire moyen par mois, sans diplôme et souvent sans formation spécifique, les personnels sont de plus en plus stressés, angoissés et parfois révoltés à devoir effectuer, au nom de la réduction des coûts, des tâches pour lesquelles ils n'ont pas été formés, qui exigent légalement un diplôme d'auxiliaire de vie voire d'infirmière.
- **Certes** l'allongement de la durée de vie est un fait indéniable et il s'accompagne d'un nombre toujours plus important de personnes en perte d'autonomie, notamment après 85 ans. Mais, tout comme la santé, l'autonomie est un droit et la société doit donc assurer à toute personne, quel que soit son âge, son handicap, sa situation sociale ou géographique, les besoins vitaux indispensables et lui assurer des droits identiques destinés à compenser ses déficits fonctionnels et à lui permettre l'accès à la vie sociale.

Quelles réponses apporter à ces diverses situations qui, sans sombrer dans le pessimisme, sont particulièrement inquiétantes ? Pour tous les économistes et les prévisionnistes, le secteur de l'aide à l'autonomie apparaît comme un énorme gisement d'emplois, encore faut-il que les moyens soient mis en œuvre sur ce secteur afin de réaliser cette grande ambition.

Si les employeurs du secteur, les financeurs et les responsables politiques n'acceptent pas de prendre en compte la réalité des mauvaises conditions de travail, s'ils ne résolvent pas les problèmes à leur origine, le pire est à craindre.

Divers intervenant-e-s, au nom des organisations syndicales des salarié-e-s du secteur et de celles des usagères et usagers, soucieuses de la pérennité des emplois et de l'amélioration des conditions de travail, rappellent :

- Que les personnels de l'Aide à domicile travaillent au plus près de l'humain, qu'ils interviennent auprès de publics fragiles, et parfois jusqu'à leur mort, et qu'il faut donc de vrais moyens à la hauteur des besoins.
- Que l'aide à domicile devrait être reconnue comme un besoin fondamental, au même titre que l'est progressivement devenue la maladie, et qu'elle devrait être prise en charge par la sécurité sociale, sans reste à charge pour l'utilisateur.
- Que toute personne en perte d'autonomie devrait pouvoir être soignée selon ses besoins et non selon ses moyens.
- Que l'État doit prendre conscience que les services d'aide à domicile sont d'intérêt public et qu'ils doivent être reconnus comme tel. La création d'un service public chargé de la gestion de ces besoins serait la meilleure réponse.

- Que le secteur de l'aide à domicile ne devrait pas être un secteur marchand, qu'il n'est donc pas à vendre. Et pourtant, des Conseils départementaux réduisent parfois leurs aides au secteur associatif, avec pour conséquences des difficultés puis même des faillites d'associations d'aide à domicile, ce qui libère un « marché » pour des investisseurs ou des groupes financiers qui viennent s'implanter dans un secteur qu'ils transforment en secteur lucratif. Les choix budgétaires des gouvernements de réduire sensiblement chaque année les moyens financiers des collectivités locales accélèrent ce processus.

Pour finir, les participants au Colloque ont réclamé avec insistance :

- Des moyens financiers à hauteur des besoins du secteur.
- Une revalorisation des salaires et en particulier ceux de tou-te-s les salarié-e-s en dessous du SMIC.
- Une augmentation conséquente de l'indemnité kilométrique.
- Une prise en charge par l'employeur de tous les frais professionnels inhérents à l'exercice de la profession.
- Des personnels formés, qualifiés, correctement rémunérés et en nombre suffisant permettant une offre globale et une coordination des acteurs intervenants dans le domaine médical et médicosocial.

En conclusion, il faut rappeler la campagne du gouvernement à propos de l'Aide à domicile, intitulée « **Aider les autres, c'est mon métier** ».

Lancée le 1^{er} février 2017 par Pascale Boistard, Secrétaire d'État chargée des Personnes âgées et de l'Autonomie, pour valoriser les métiers de ce secteur, suite à la loi ASV, cette campagne a pour objectif la création de 300 000 emplois supplémentaires d'ici 2030 et la mise en valeur du secteur comme métier d'avenir.

Nous savons que les promesses des gouvernements ne valent pas grand' chose. Il faut donc que les différents organismes, en particulier les organisations syndicales et associatives de retraité-e-s, se mobilisent pour inciter les pouvoirs publics à mettre en place un financement durable de l'aide à l'autonomie, comme 67 % des Français le souhaitent, selon une étude récente qui ajoute aussi que ce plan devrait faire partie des réformes du prochain quinquennat.

C'est un choix de société basé sur la solidarité intergénérationnelle et non pas sur la pratique du « chacun pour soi ».

La société a le devoir de répondre aux besoins nouveaux résultant de l'allongement de la durée de vie, phénomène qui constitue un progrès social. Ces besoins sont évolutifs au cours de la vie de chacune et de chacun, ils sont divers et multiples.

IV / Souhais et propositions de l'UNIRS.

Depuis que l'UNIRS Solidaires se préoccupe des questions liées à la perte d'autonomie, nos revendications premières ont pu être complétées, renforcées et confirmées par les échanges et discussions dans les départements et lors des réunions du Conseil d'Administration de l'UNIRS et par les débats et votes de nos assemblées générales annuelles.

Pour la création d'un véritable service public d'Aide et de Maintien à Domicile.

- Il permettrait de mettre fin à la précarité, au stress et aux angoisses des intervenants à domicile qui seraient rémunérés au mois avec un nombre d'heures mensuelles plafonné, ce qui pourrait mettre fin au système actuel tout à fait aberrant.
- Titulaires d'un diplôme spécifique, suite à des formations, les intervenants seraient protégés par un statut reconnu dans le cadre de la fonction publique territoriale ou hospitalière et la qualité des services rendus en serait certainement améliorée dans de nombreux cas.
- Ce statut donnerait à toutes les personnes en perte d'autonomie des droits égaux et donc des financements identiques quel que soit leur lieu d'habitation.
- Un tel service unifié et la mutualisation de ses moyens serait en mesure de proposer des aides davantage adaptées aux besoins des demandeurs. Ils seraient alors plus sécurisés si les soins de santé à domicile (infirmières, aides-soignantes) et les services d'aide à domicile (courses, ménage, cuisine, repas, soutien suite à une hospitalisation, portage des repas) dont ils auraient besoin, leur étaient proposés par le même et unique service.
- L'unification des différents services et la mutualisation des moyens proposés préserveraient l'autonomie des personnes souvent déstabilisées ou angoissées par la multiplicité des interventions.

Une réelle qualification professionnelle.

- Tous les personnels doivent être réellement formés et qualifiés et donc détenteurs d'un diplôme reconnu par le secteur médicosocial.

Pour de meilleures conditions de travail.

- Suppression des temps partiels imposés, de la parcellisation systématique des tâches et pour une meilleure organisation des plannings.
- Respect de la convention collective du secteur et des horaires habituels.
- Prise en compte de tous les déplacements liés à la profession et rémunérés en conséquence.
- Clarification des tâches professionnelles : les soins corporels doivent être assurés par des aides-soignantes, voire, parfois, par des infirmières ; l'accompagnement et l'entretien du cadre de vie doivent être assurés par des Techniciennes de l'Intervention Sociale Familiale (TISF) (nouvelle appellation depuis 1998).
- L'UNIRS souligne que le secteur de l'Aide à l'autonomie est un de ceux où les conditions de travail des personnels ont des conséquences très directes sur les conditions de soin et de vie des usagers. Cette situation objective doit faciliter les convergences dans les mobilisations des salarié-e-s du secteur, des usagères et usagers et de leurs représentant-e-s.

Pour des salaires décents.

- Compte-tenu des « savoir-faire » et du « savoir être » indispensables pour accomplir cette activité particulièrement exigeante et contraignante.

Le financement de l'Aide à Domicile, un point essentiel.

- L'UNIRS souligne que la perte d'autonomie est une source de difficultés constantes dans la vie quotidienne des personnes directement touchées et de leurs proches, avec des problèmes physiques, psychiques, psychologiques et affectifs. C'est donc un domaine où la solidarité nationale devrait s'appliquer spontanément, pour éviter que les personnes touchées n'aient à supporter, en plus, des problèmes financiers parfois insurmontables.
- L'aide à domicile est trop souvent présentée uniquement comme « un coût » alors qu'elle peut être une source d'économie et que « *rester chez soi* » est toujours un « *mieux-être* » pour la personne qui le souhaite. Aider quelqu'un à rester dans son domicile, c'est, à terme, retarder sa mise en établissement toujours plus coûteuse. De plus, en certaines zones rurales, c'est permettre à des villages de conserver des habitant·e·s et des emplois.
- **Tous les soins médicaux doivent être pris intégralement en charge par l'assurance maladie.**
- Ainsi, l'assurance maladie doit prendre en charge les passages des infirmières et des aides-soignantes. L'alimentation au quotidien des personnes est une prestation fondamentale et vitale pour chacune et chacun.
- **La garantie pérenne d'un financement stable** implique une augmentation globale de la masse salariale (pas de chômage et de bons salaires), base de cotisations sociales consolidées, et la suppression des nombreuses exonérations accordées aux employeurs sans réelles contreparties.

Conclusion :

En 2017 nous sommes encore bien loin de ce service public souhaité et réclamé par toutes les organisations syndicales et associatives de retraité·e·s, notamment au cours des nombreux colloques organisés par le Ministère des Affaires Sociales lors de la préparation de la loi « Adaptation de la Société au Vieillessement ».

Cette loi, votée et promulguée le 29 décembre 2015, comporte des avancées, mais elle ne répond pas aux vraies attentes des personnes qui, en quelque sorte, restent sur leur faim...

Il appartient à chaque organisation, et en particulier aux militants et aux militantes de l'UNIRS, d'intervenir à leurs niveaux, dans leurs départements, auprès des élus, afin de les inciter à prendre réellement conscience des énormes besoins de ce secteur et d'agir ensuite pour qu'un plan conséquent de financement soit préparé et voté afin d'établir une réelle solidarité dans la prise en charge de l'aide à l'autonomie des personnes fragilisées.

Pour en savoir plus :

<https://solidaires.org/UNIRS-Union-nationale-interprofessionnelle-des-retraite-es-solidaires>

Et les personnes retraitées adhérents peuvent retrouver toutes les informations sur la partie interne du site

<https://solidaires.org/-UNIRS-Retraite-es->

- **Le financement de tout ce qui concerne l'Aide à la personne** implique la mise en place d'une réelle solidarité nationale, assise sur tous les revenus des particuliers, y compris le patrimoine et les rentes. Ce n'est pas encore le cas puisque l'essentiel des financements (APA notamment) provient des caisses de la CNSA et de la CASA (0,3 % sur retraites et pensions).
- **Socialisation à 100 % du financement de cette solidarité**, en vue d'assurer l'aide à l'autonomie, ainsi les « restes à charge » pour les bénéficiaires ou leur famille seront effacés. Le système actuel a par ailleurs le défaut de conduire à des distorsions selon les départements.
- Le système des aides fiscales, même avec l'élargissement du crédit d'impôt (préféré à la seule réduction d'impôt qui ne bénéficie qu'aux personnes imposables), voire avec la mensualisation de ce crédit d'impôt, ne règle pas globalement la question des restes à charge dès lors que ce crédit d'impôt serait égal à 50 % du montant des dépenses effectivement supportées (salaires et charges sociales ou sommes versées à un organisme).
- L'UNIRS rejette catégoriquement une prise en charge financière de l'aide à l'autonomie par un recours aux assurances privées, déjà conseillé par la loi ASV (art. 69) et dont la faisabilité et les aspects techniques complexes sont maintenant mis à l'étude par la commission du Haut Conseil de l'Age.
- L'UNIRS enfin, au nom du principe « *chacun cotise selon ses moyens et reçoit selon ses besoins* », rejette toute idée d'un « **partenariat public/privé** », lucratif, générateur de conflits et d'inégalités.

Dans ce domaine également, les militantes et les militants de l'UNIRS Solidaires rejettent tout argumentaire d'élus et de responsables politiques qui soutiendraient que les caisses publiques sont vides et qu'il n'est donc pas possible de financer une prise en charge à 100 % par la Sécurité sociale ni la mise en place d'un service public de l'Aide à l'autonomie.

Chaque année, des milliards d'euros publics sont absorbés par les cadeaux fiscaux et sociaux faits aux plus riches et aux plus grosses sociétés. Ils ne se retrouvent pas en investissements privés utiles à la collectivité et créateurs d'emplois mais augmentent encore les dividendes versés et accroissent les inégalités. A l'UNIRS nous estimons que la santé des personnes, notamment, doit passer avant les surprofits d'une minorité déjà très privilégiée.